

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Sosiaali-ja terveyspalvelut Kymenlaakso

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Jukka Kärkkäinen
Ylilääkäri

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	8
Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	10
Ennaltaehkäisevät palvelut	11
Perusterveydenhuolto	12
Mielenterveys- ja päihdepalvelut	13
Erikoissairaanhoido	15
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	16
Työikäisten sosiaalipalvelut	18
Vammaispalvelut	19
Ikäihmisten palvelut	20
Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	22
Laatu ja vaikuttavuus	23
Asiakaslähtöisyys	24
Yhdenvertaisuus	25
Kansalliset lähteet	26
Alueelliset lähteet	26

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Tehdyssä arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa-antavina. Simulaatioharjoituksessa toteutettu arviointi on kohdistunut maakunnan alueella järjestettyihin ja tuotettuihin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Kuntien tavat järjestää ja tuottaa palveluita eroavat kuitenkin toisistaan. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja kerätty tieto on peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyestä kestosta johtuen kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään lähtökohtaisesti kokemaan samalta vuodelta. Eroavista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Maakunnan väestö vähenee ja keskittyy Kouvolan seudulle. Väestön vähenemisen taustalla on ikääntyminen sekä maakuntien välinen muuttoliike. Työikäiset vähenevät samalla, kun rakenteellinen työttömyys on suhteellisen korkealla tasolla. Väestön ikääntyminen heijastuu myös tulevaan huoltosuhteeseen. Huoltosuhteeseen vaikuttaa lisäksi se, että elintapaisairauksien kasvu näyttää olevan kasvava trendi. Maahanmuuttajaväestön ikärakenne parantaa jossain määrin huoltosuhdetta tulevaisuudessa. Väestön koulutustaso on maan matalimpia. Maakunnan omissa suunnitelmissa on päädytty huomattavasti negatiivisempaan väestöennusteeseen kuin tilastokeskuksen luvut osoittavat.

Maakunnan sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannukset asukasta kohden ylittivät selvästi maan keskitason. Tarvevakioidut menot alittivat hieman maan keskitason. VM:n laskelmien mukaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitustaso laskee sote-uudistuksen siirtymäajan jälkeen merkittävästi.

Maakunnan väestön terveys on muuhun maahan verrattuna keskimääräistä huonompi. Ikävakioimaton sairastavuusindeksi oli maakunnista seitsemänneksi korkein.

Maakunnassa on tehty yhteistyötä tulevan palvelurakenteen suunnittelussa vuoden 2015 lopulta alkaen, jolloin käynnistyi niin sanottu ”Kuntien itsehallinto-projekti”. Projektin myötä vastuuta siirtyi maakuntaliitolle. SOTE Kymenlaakso -projekti toteuttaa uudis-

tusta ja suunnittelee tulevien palvelujen kokonaisuutta maakunnassa. Maakunnan kunnat ovat päättäneet tehdä vapaaehtoisen kuntayhtymän tavoitteena keskittyä tuotantomallin rakentamiseen. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean pohjalle rakennettu uusi sote-kuntayhtymä aloittaa toimintansa 1.1.2019.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset asukasta kohden olivat jonkin verran maan keskiarvoa korkeammat. Avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä oli hieman enemmän kuin maassa keskimäärin. Erityisesti muita kuin lääkärikäyntejä oli enemmän, kun taas lääkärikäyntejä oli vähemmän. Työttömien terveystarkastuksia oli tehty hyvin vähän, vaikka maakunnan työikäisten työttömien osuus on maan korkeimpia. Hoitotakuu toteutui melko hyvin.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea vastaa maakunnan alueen asukkaiden erikoissairaanhoidosta ja erityishuollosta. Erikoissairaanhoidon tuotanto on jakaantunut Kymenlaakson keskussairaalaan Kotkassa ja Kouvolassa sijaitsevaan Pohjois-Kymen sairaalaan, joka on erikoislääkärijohtoinen terveyskeskussairaala. Potilaita hoidetaan vuodeosastoilla maan keskimääräistä tasoa vastaavilla hoitopäivillä, hoitajaksoilla ja -jaksojen kestoilla. Avohoitokäyntien määrä ylittää hieman maan keskitason. Hoitotakuu toteutuu keskimääräistä huonommin, kaihileikkauksen odotusaika on maan pisin. Somaattisen erikoissairaanhoidon nettokustannus asukasta kohden on maan korkeimpia.

Maakunnan mielenterveyspalvelujärjestelmä oli jossain määrin laitospainotteinen. Asukasta kohden laskettu avohoitokäyntien määrä oli keskimääräinen, kun taas psykiatrian hoitopäivien ja ympärivuorokautisten asumisyksikköpaikkojen määrä ylitti maan keskitason. Kelan korvaamaa psykoterapiaa oli alueella saatu huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän.

Lasten ja perheiden palvelujen laatuun vaikuttavat valtakunnalliset suositukset oli huomioitu hyvin. Kehittävää oli laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa ja palvelujen asiakaslähtöisyydessä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto toteutui säädösten mukaisesti ja tarkastukset laadukkaasti. Äitiys ja lastenneuvolapalvelujen toteutuminen oli maan keskitasoa. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 94,8 prosenttia. Rokotussarja oli aloitettu 98,9 prosentille lapsista. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneista lähes kaikki oli valmistunut kolmen kuukauden sisällä kuten laki edellyttää.

Maakunnan rakennetyöttömyyden aste oli maakunnista toiseksi korkein, työttömyysjaksot venyivät keskimääräistä selvästi pidemmiksi ja aktivointiaste oli

matalahko. Kuntouttavan työtoiminnan palveluja oli kuitenkin melko hyvin saatavilla.

Ikääntyneen väestön toimintakyky oli hieman maan keskitasoa parempi. Palvelurakenne painottui

laitoksiin ja kotihoidosta puuttui intensiivistä kotihoidon tarjontaa. Ympäri vuorokautista kotihoidon palvelua oli hyvin saatavilla.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Kymenlaakson maakunnassa on seitsemän kuntaa, jotka muodostavat kaksi seutukuntaa: Kotkan–Haminan (Hamina, Kotka, Miehikkälä, Pyhtä ja Virolahti) ja Kouvolan (Iitti ja Kouvola) seutukunnat. Alueella on noin 180 000 asukasta, ja sen keskuksia ovat Kotka ja Kouvola. Iitti siirtyy Kymenlaaksosta Päijät-Hämeeseen 1.1.2019. Maakunta on pinta-alaltaan maan pienimpiä, noin 5 100 neliökilometriä, ja se kuuluu Uudenmaan yhteistyöalueeseen.

Alueellinen vauraus

Maakunnan BKT-indeksi (2015) on 90/100. Kymenlaakso on Suomen keskeinen puuntoimitusalue ja samalla osa Euroopan suurinta metsäteollisuusklusteria. Metsäteollisuus on oleellinen osa maakunnan elinvoimaisuutta. Kymenlaaksossa metsäteollisuuden osuus tehdasteollisuuden bruttoarvosta on 51 prosenttia (koko maassa 19 %). Puun kysyntä ja käyttö tulevat lisääntymään alueella. Metsäteollisuus investoi selluntuotantoon, ja teollisuuden uskotaan ottavan tuotantoon myös uusia puupohjaisia tuotteita.

Teollisuudella on edelleen merkittävä rooli maakunnan yritystoiminnassa, ja alueen vienti koostuu lähes kokonaan teollisuustuotteista. Yrittäjien osuus työllisistä on pienempi kuin keskimäärin maassa, ja kasvuyrityksiä on vähän. Toisaalta varuskuntien, rajavartiolaitoksen ja tullin merkitys työllistäjänä ja turvallisuuden tuottajana on ollut aina varsin suuri.

Venäjän ja erityisesti Pietarin talousalueen merkitys maakunnalle on tärkeä. Vaikutukset ulottuvat maakunnan talouteen, väestökehitykseen, osaamiseen, kulttuuriin ja ilmapiiriin. Venäjän rajan läheisyys ja

Pietarin alueen ostovoima näkyvät voimakkaasti matkailun ja kaupan alan kehittämisessä.

Vuonna 2016 maakunnan työttömien määrä oli 16,4 prosenttia työvoimasta (koko maassa 12,6 %) ja työllisyysaste 62,1 prosenttia (68,7 %). Työttömiä on eniten teollisissa töissä ja avoimia työpaikkoja kaupallisissa töissä. Osaavan henkilöstön saaminen on tulevaisuudessa haaste etenkin sosiaali- ja terveysalalla, jossa työvoiman poistuma on suuri ja palveluiden tarve kasvaa.

Maakunnassa sai vuonna 2016 toimeentulotukea noin 13 800 henkilöä, mikä on 7,8 prosenttia asukkaista (koko maassa 7,2 %).

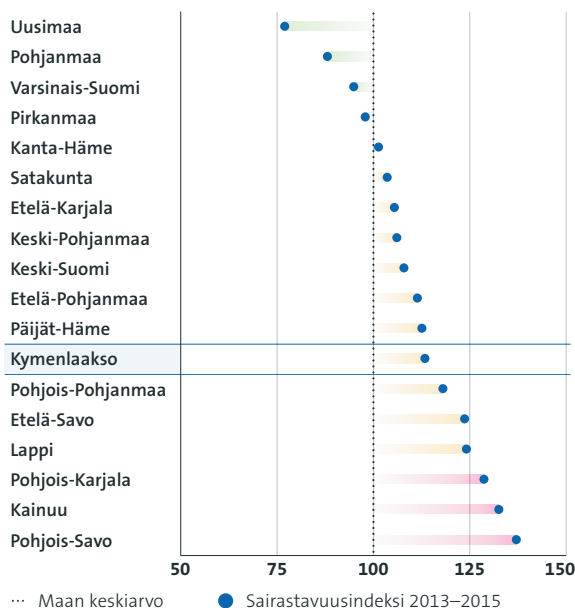
Väestönkehitys

Kymenlaaksossa väestö vähenee ja keskittyy Kouvolan seudulle. Alueen väestömäärän vähenemisen taustalla on ikääntyminen sekä maakuntien välinen muutto-liike. Työikäiset vähenevät samalla, kun rakenteellinen työttömyys on suhteellisen korkealla tasolla. Väestön ikääntyminen heijastuu myös tulevaan huoltosuhteeseen, johon vaikuttaa myös elintapasairauksien kiihtyvä kasvu. Maahanmuuttajaväestön ikärakenne parantaa osaltaan huoltosuhdetta tulevaisuudessa. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan vuonna 2030 alueen väestömäärä on noin 172 000 ja huoltosuhdeennuste 82,5 (65,1 vuonna 2015). Väestöstä on ulkomaalaistaustaisia 6,1 prosenttia (koko maassa 6,6 %).

Kymenlaakson sote- ja maakuntavalmisteluun yhteydessä on päädytty Tilastokeskuksen ennustetta heikompaan väestönkehitykseen. Vuoteen 2025 mennessä maakunnan väkiluvun ennustetaan vähenevän 4 000 asukkaan verran, 171 000 asukkaasta 167 000 asukkaaseen. Näissä luvuissa ei ole kuitenkaan huomioitu Iittiä (tällä hetkellä noin 6 900 asukasta), joka liittyy Päijät-Hämeeseen 1.1.2019 alkaen. Myös maahanmuutto on vähentynyt, ja syntyvyys pienenee huomattavasti voimakkaammin kuin keskimäärin maassa. (THL:n edustajien ja Kymenlaakson sote-maakuntavalmistelijoiden kokous 20.12.2017.)

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakiomaton (2013–2015).



Kymenlaakson väestön koulutustaso on maan matalimpia. Tutkintoa vailla olevien ja toisen asteen tutkinnon suorittaneiden osuus on suhteellisen suuri. Peruskoulun jälkeistä tutkintoa vailla olevien määrä on muuta maata suurempi (vuonna 2015 ilman tutkintoa oli naisista 16,5 %, miehistä 21 % 25–29-vuotiaiden ikäryhmästä; koko maassa 14 ja 18,5 %).

Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitys

Maakunnan väestö sairastaa keskimääräistä enemmän muihin maakuntiin verrattuna. THL:n ikävakiomaton sairastavuusindeksi (alueen väestön sairastavuus suhteessa koko maan tasoon) oli Manner-Suomen maakunnista seitsemänneksi korkein, 113,4. (Ks. kuvio 1.)

Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

Maakunnan organisoituminen

Maakunnassa on tehty yhteistyötä tulevan palvelurakenteen suunnittelussa vuoden 2015 lopulta alkaen, jolloin käynnistyi niin sanottu kuntien itsehallinto-projekti. Projektin myötä vastuuta siirtyi maakunta-

liitolle. Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelussa on toiminut runsaat 50 erilaista työryhmää, joihin on osallistunut yli 500 henkilöä (ks. alueen maakunta- ja sote-uudistuksen sivut <http://www.uusikymenlaakso.fi/sote-ja-maakuntauudistus/esivalmistelu>). Lähtökohtana on suunnitella ensin palvelut ja sen jälkeen palvelurakennetta parhaiten tukeva organisaatio.

Sote Kymenlaakso -projekti toteuttaa sote-uudistusta ja suunnittelee tulevien palvelujen kokonaisuutta maakunnassa. Lähtökohtaisesti suunnittelu on aloitettu elinkaarimallin mukaisesti, kolmeen osa-alueeseen jaoteltuna: 1) lapset, nuoret ja perheet, 2) aikuiset ja 3) ikääntyneet. Palvelutarvenäkökuuma on otettu huomioon segmentointia käyttämällä. (Ks. osa-alueiden väliraportit <http://www.uusikymenlaakso.fi/sote-uudistus/palvelut>.)

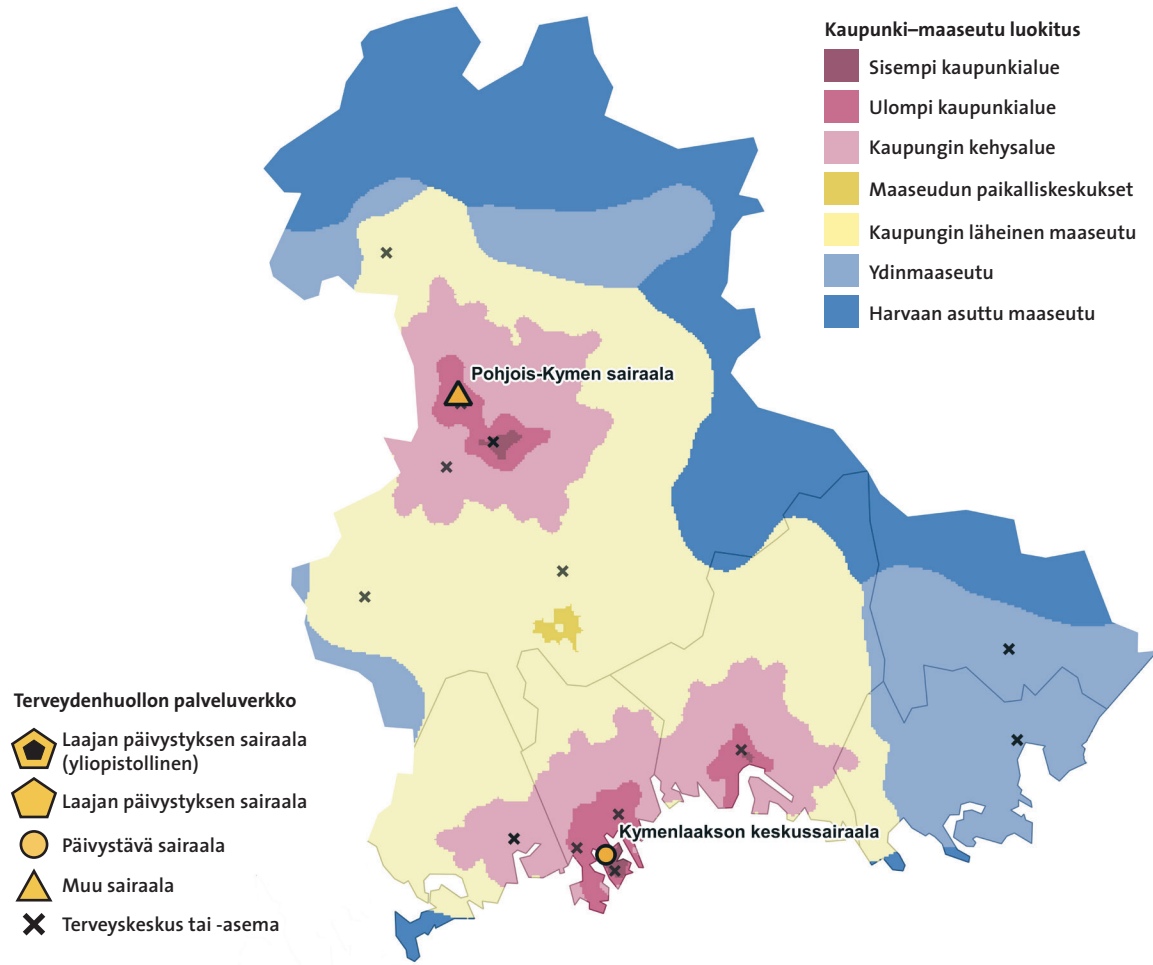
Kymenlaakson vapaaehtoisien sote-kuntayhtymän perustamisen valmistelut alkoivat marraskuussa 2017, kun alueen kuntien valtuustot ja kuntayhtymä Carean yhtymäkokous päättivät valmistelun käynnistämisestä. Kuntayhtymä on tarkoitus rakentaa teknisesti Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Carean pohjalle, käytännössä kuitenkin niin, että muodostuu kokonaan uusi kuntayhtymä. Siihen laaditaan uusi perussopimus, organisaatio, johtamisjärjestelmä ja hallintosääntö. Tuotannon ja tukipalvelujen organisoimisen rakenne on jo hyväksytty, ja sote-kuntayhtymä on valmis aloittamaan toimintansa 1.1.2019. Maakunta- ja sote-lakien tullessa voimaan, muuttuu sote-kuntayhtymä maakunnan liikelaitokseksi. Maakunnan konsernirakenteesta on tehty luonnos (18.10.2017, ks. <http://www.uusikymenlaakso.fi/sote-ja-maakuntauudistus/maakuntakonsernin-rakenne>).

Maakunta osallistuu kolmeen hallituksen kärkihankkeeseen: 1) Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -hankkeeseen, johon kuuluvassa IkäOpastin-hankkeessa kehitetään uudenlaista keskitettyä ikäihmisten asiakas- ja palveluohjausmallia, 2) Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaan, jossa LAPE-Kymenlaakso-hanke kehittää sekä matalan kynnyksen palveluiden perhekeskustoimintamallia että erityisen ja vaativamman tason palveluita, ja 3) Osatyökykyisille tie työelämään -hankkeeseen, jossa puolestaan parannetaan osatyökykyisten työllistymisen edellytyksiä. Tämä on yhteishanke Etelä-Karjalan kanssa.

Maakunta on hakemassa sote-keskuksia koskevaan valinnanvapauspilotointiin, jossa kohderyhmänä ovat paljon palveluja käyttävät asiakkaat tai potilaat, ns. suurkuluttajat. Näiden asiakasryhmien tunnistaminen varhaisessa vaiheessa ja saaminen keskitettyyn asiakasohjaukseen parantaa hoidon ja palvelujen suunnittelua sekä toteutusta.

Kuvio 2

Kymenlaakson maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki-maaseutu-luokitus (SYKE)



Alueella ei ole yliopistoa. Kouvolassa on Lappeenrannan teknisen yliopiston toimintaa. Helsingin yliopisto on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) erva-alueen toiminnoissa mukana. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (Xamk) on aloittanut toimintansa 1.1.2017. Se on syntynyt Kymenlaakson ja Mikkelin ammattikorkeakoulujen fuusiosta. Toimipisteet ovat Kouvolassa, Kotkassa, Mikkeliissä ja Savonlinnassa. Ammattikorkeakoulu on budjetiltaan Suomen toiseksi suurin, liikevaihdoltaan 70 miljoonaa euroa vuodessa, ja sen toimialueena ovat Etelä-Savon ja Kymenlaakson maakunnat.

Taloudelliset edellytykset

Kymenlaaksossa sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat 3 389 euroa asukasta kohti. Tämä oli 11 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,13), minkä vuoksi tarvevakioi-

dut menot olivat 2 prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot¹ olivat prosentin suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.

Ennakkotietojen mukaan maakunnan nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen asukaskohtaiset nettomenot ovat siirtymäajan jälkeen

1 Tarvevakioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

(vuodesta 2024 alkaen) tulevaan valtionrahoitukseen verrattuna 73 euroa suuremmat. Muutos merkitsee maakunnalle noin 12,5 miljoonan euron rahoituksen vähenemistä eli säästötarvetta.

Keväällä 2017 ministeriö myönsi Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymälle Carealle poikkeuslupan terveydenhuollon uudisrakennukselle (Ratamo-keskus Kouvolaan), terveydenhuollon lisärakennukselle (Kymenlaakson keskussairaalan ydintoiminnot) sekä keskussairaalan peruskorjaukselle. Investointi on kaikkiaan 217 miljoonaa euroa, josta Ratamo-keskuksen osuus on 62 miljoonaa euroa.

Palveluverkko

Maakunnan palveluverkko on hajanainen, palvelupisteitä on paljon. Maakunnassa on kymmenen kunnan omaa ja neljä ulkoistettua terveysasemaa. Vuonna 2017 terveyskeskusten lääkärivaje on 5,8 prosenttia. Tavoitteena on peruspalvelujen vahvistaminen sekä asiakkuuden hallinta, jonka parantamiseksi tehdään ICT-ratkaisu kaikille toimijoille. Tietyissä palveluissa on vääristymiä, esimerkiksi ikääntyvien asumisessa on liikaa tehostettua asumista; sitä on tällä hetkellä noin 10 prosenttia, kun tavoite on 6–7 prosenttia. Käytännössä kotiin tarjottavaa tukea on lisättävä.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea vastaa maakunnan alueen asukkaiden erikoissairaanhoidosta ja erityishuollosta (ks. <http://www.carea.fi/fi>). Kymenlaakson keskussairaala Kotkassa saa tavallisen sairaalan statuksen päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksessa (ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys). Lisäksi Kouvola jatkaa Pohjois-Kymen sairaala, joka on erikoislääkärijohtoinen terveyskeskussairaala. Carea kuuluu Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HUS) erityis-

vastuualueeseen. Carean taloudesta on aikaisemmat alijäämät (27 miljoonaa euroa) poistettu yhteistyössä kuntien kanssa. Vuodeosastopaikkoja ja henkilökuntaa on vähennetty.

Kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko korkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki–maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Henkilöstöresurssit

Terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli maakunnassa vuonna 2014 noin 11 700 henkeä. Sote-uudistuksen yhteydessä kuntasektorilta maakuntiin siirtyvän sote-henkilöstön lukumääräksi on arvioitu noin 8 100 henkeä.

Alueella on pulaa lääkäreistä, sosiaalityöntekijöistä ja puheterapeuteista. Terveyskeskuslääkäreitä puuttuu, ja vajetta on korvattu ostopalvelulla ja ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä. Itä-Suomen yliopiston kanssa on meneillä ESR-hanke 20 sosiaalityöntekijän kouluttamiseen.

ICT-ratkaisut

POSAUS-projektissa (POTilaiden ja Sosiaalihuollon Asiakkaiden Uudet Suunnitelmat) otetaan 1.7.2018 käyttöön maakunnan alueella päivitetty sosiaali- ja terveydenhuollon Effica Lifecare -asiakas- ja potilastietojärjestelmä. Toimintamalleja yhtenäistetään yhdeksi yhteiseksi Kymenlaakson SOTE-toimintamalliksi.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisuihin on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoivajien ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty

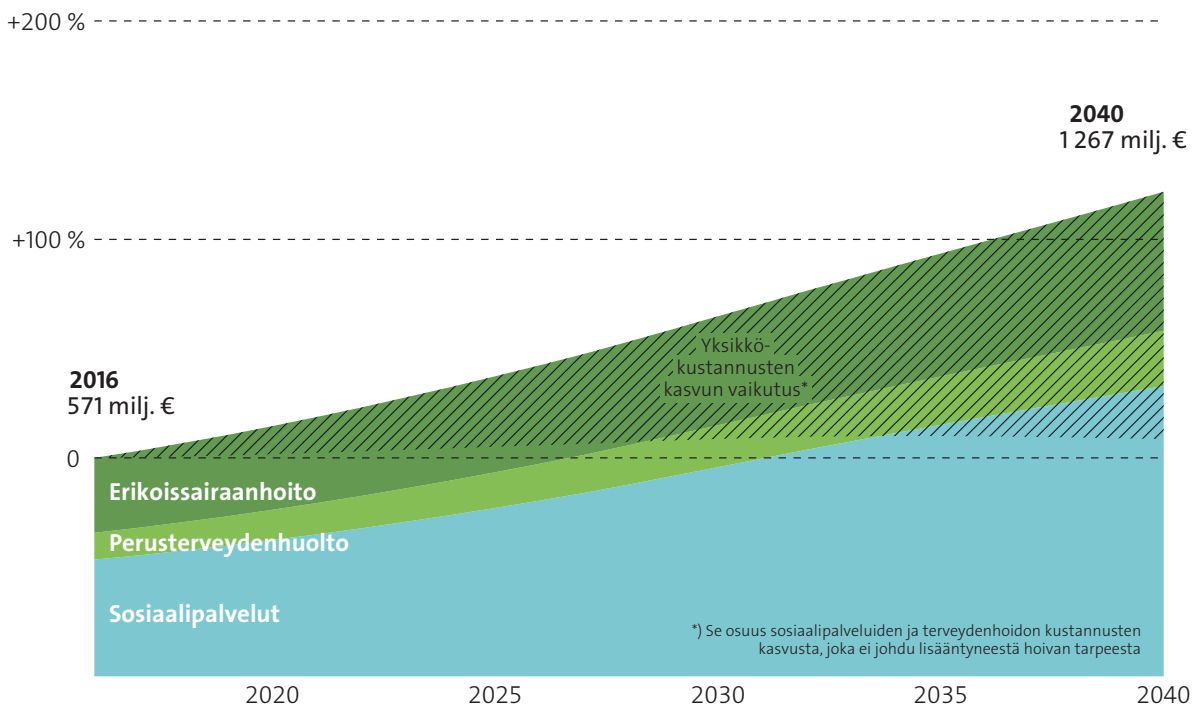
tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Kymenlaaksossa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä Kymenlaakson maakunnassa vuosina 2016–2040.



määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Kymenlaaksossa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 65 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 122 prosentilla. Kymenlaakson väestö supistuu vuoteen 2030 mennessä noin 3,6 prosentilla ja vuoteen 2040 mennessä noin 6,3 prosentilla. Vanhusväestön osuus kasvaa selvästi, kun vanhusväestön määrä kasvaa noin 21 prosentilla vuoteen 2030 mennessä. 2040-luvulla vanhusväestön määrä kääntyy lievään laskuun, jolloin kustannusten kasvu jää Kymenlaaksossa keskimääräistä pienemmäksi.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitokeksioilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

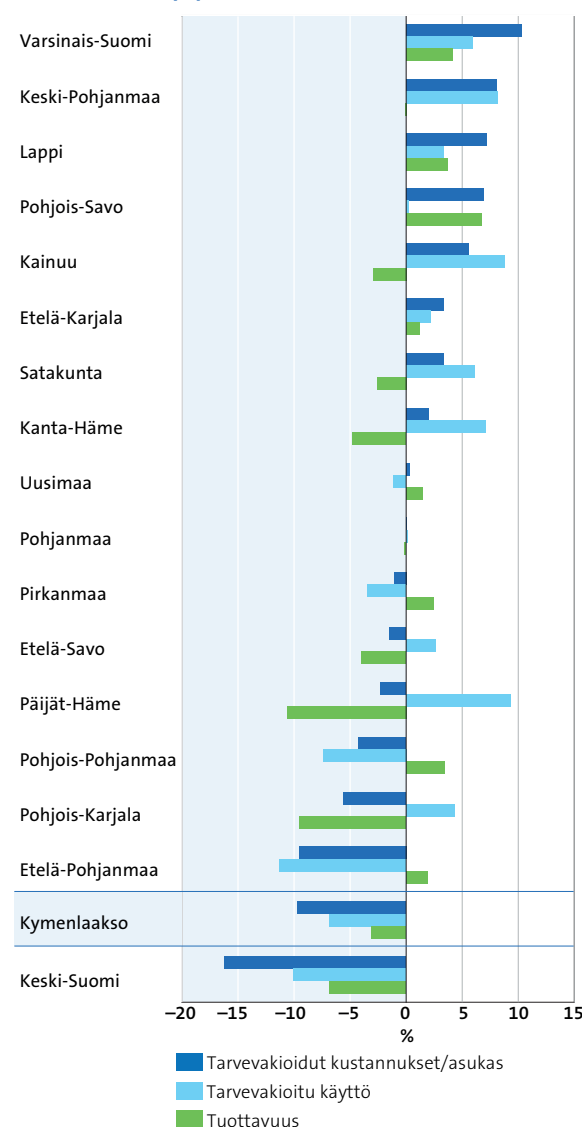
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimää-

raistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä prosenttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Kymenlaaksossa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli 12 prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat yhdeksän prosenttia pienemmät kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kuusi prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa keskitasoisesti syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä. Toistaiseksi ei ole tiedossa, onko HYTE-vastuu jatkossa osa maakunnan keskushallintoa ja onko HYTE-koordinaattori nimetty.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Kymenlaakson kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoitetasen määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Viidessä alueen kunnista on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kahdessa kunnassa on hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kahdessa kunnassa. Yhdessä kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi kaksi alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 5 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta lii-kuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 8 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 10,5 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakun-

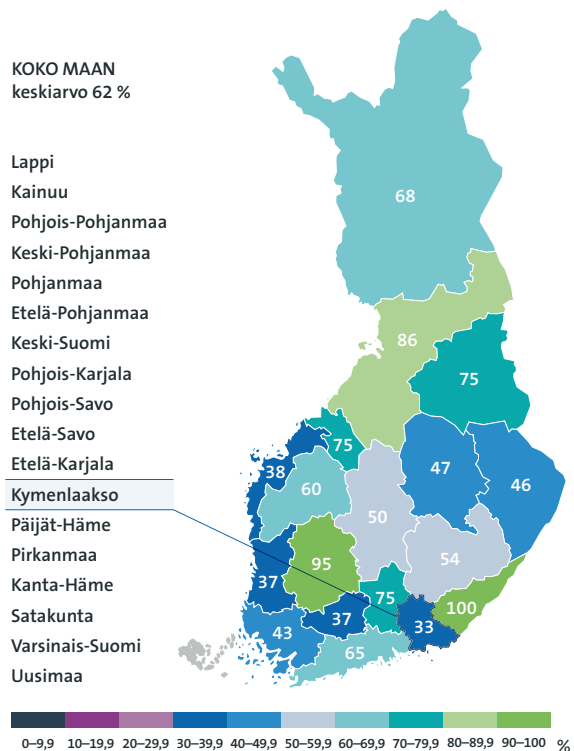
nassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asuntokannan osuutta koko asuntokannasta. Maakunnassa osuus on 12 prosenttia asuntokannasta, mikä vastaa maakuntien keskiarvoa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 21,4 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 15,3 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 17,4 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 35,9 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektoiden määrä, joka on maakunnassa (211 tapausta / 100 000 asukasta) alle kansallisen keskiarvon (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa)

valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitason alapuolella usean tunnusluvun osalta. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella keskitasolla, ja siihen on perustettu valmisteluryhmä. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös nuorten koulutuksen lisäämiseen ja rakennetyöttömyyden vähentämiseen. Huomiota tulisi kohdistaa myös HYTE-rakenteiden ja käytäntöjen kehittämiseen, kuten HYTE-koordinaattoreiden nimeämiseen, vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöönottoon ja väestöryhmien hyvinvointi- ja terveyserojen raportointiin.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattorisurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnusluvuin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosi-

aalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvolapalveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta muuta maata vähemmän. Vuonna 2017 on tehty kaksi kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 0,5 prosentille työttömistä, mikä on selvästi vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidossa olevista 43,7 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

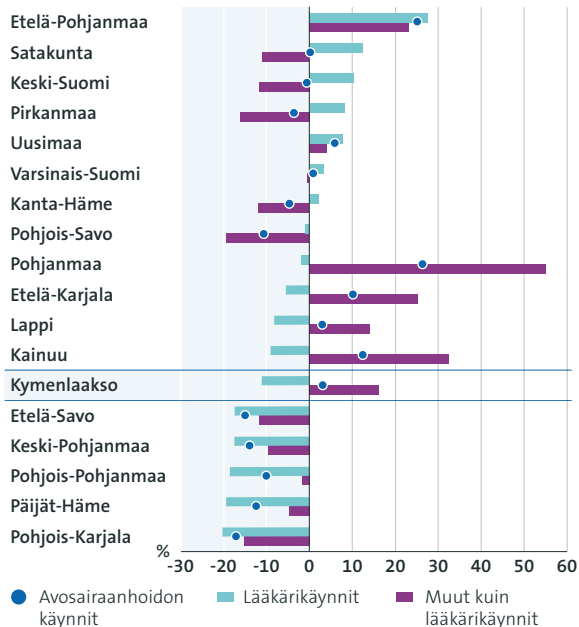
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 406 käyntiä terveystarkastuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 1,5 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 4,6 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on lähellä maan keskiarvoa (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Kymenlaakson alueella 2,2 asukasta kohden, mikä on noin kolme prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 11 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 17 prosenttia enemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 62 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika ylittyi 3,8 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinnesta 30 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskus-

lääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista vain 19 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 43 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 72 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema, tämä oli yksi suurimmista osuuksista koko maassa (67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 38 prosenttia, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (29 %).

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Kymenlaakson alueella 1,9 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä vain 0,2 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 0,96 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Kymenlaakson alueella osuus oli 20 prosenttia ja maassa keskimäärin 23 prosenttia.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 64 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 376 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä hieman enemmän kuin maassa keskimäärin, mutta lääkärikäyntejä oli 11 prosenttia vähemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 17 prosenttia enemmän. Hoitotakuu toteutui keskimääräistä huonommin, ja terveyskeskuslääkärin palveluja koki saaneensa riittämättömästi lähes kolmannes. Kokeumus osallisuudesta omaan hoitoon oli maan heikoin. 72 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Kymenlaakson alueella vakavia mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on lähellä maan keskitasoa. Eri-tyiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,9 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 %). Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaita on 4,2 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä on 25–64-vuotiaiden osalta maan keskiarvoa alhaisempi mutta 18–24-vuotiaiden osalta korkeampi. Psykikisest kuormittuneiden osuus on maan keskiarvoa alhaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö on alueella hyvin lähellä maan keskitasoa. Aikuisten mielen-terveyden avohoitokäyntejä on 524 tuhatta 18 vuotta täyttänyttä kohden, koko maassa 518. Erikoissairaan- hoidon avohoitokäyntejä on 11 tuhatta 18 vuotta täyt- tänyttä kohden ja perusterveydenhuollon avohoi- tokäyntejä 425 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on maan keskiarvoa merkittävästi suurempi 18–24-vuo- tiaiden ja jonkin verran suurempi 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä mutta hieman pienempi 65 vuotta täyt- täneillä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon mää- rättyjä 18 vuotta täyttäneitä on alueella 1 000 vas-

taavanikäistä kohden enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippu- mattomien hoitajaksojen aikana on myös maan keski- arvoa yleisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaa- lassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on hieman maan keskiarvoa suurempi.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaita on ympä- rivuorokautisesti tuetuissa palveluissa maan keskiar- voa enemmän ja ei-ympäri vuorokautisessa palveluissa maan keskiarvoa vähemmän.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella on saatu huomattavasti maan keskiarvoa vähemmän. Psykote- rapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 6,6 ja 25–64-vuo- tiaista 4,5 tuhatta vastaavanikäistä kohden (koko maassa 10 ja 9). Kelan korvaamia yksityispsykiatri- käyntejä Kymenlaakson maakunnassa on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kokonaisuutena Kymenlaakson mielenterveyspal- velut ovat jossain määrin laitospainotteiset. Huomio kiinnittyy erityisesti 18–24-vuotiaisiin, joilla oli lai- toshoidon hoitopäiviä huomattavasti maan keskiarvoa enemmän. Ikäryhmässä oli myös mielenterveysperus- teisia sairauspäivärahaa muuta maata enemmän mutta psykoterapiaa vähemmän. Tarvetta näyttäisi olevan erityisesti tämän ikäryhmän avohoitopalvelu- jen kehittämiseen. Laitoshoidon laatuindikaattoreissa ilmeni tahdosta riippumattoman hoidon suhteellisen suuri osuus ja pakon käyttö, joita tulisi pyrkiä vähen- tämään. Psykoterapian saatavuutta tulisi parantaa.

Kymenlaakson alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoi 22,4 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alko- holia liikaa käyttäviä on 37,2 prosenttia (AUDIT-C -mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuo- den aikana käyttäneitä 2,8 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000 asukasta kohden on todettu 32,2 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisten avohoidossa korostuu päih- dehuollon erityis- palveluiden rooli. Perusterveyden- huollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on hyvin vähän potilaita (0,4/1000 asukasta) koko maan kes- kitasoon nähden (6,2). Kymenlaakson alueen perus- terveydenhuollon avohoidon päihdetyön potilaiden määrä on maan matalin. Päihdehuollon avohoidossa on jonkin verran enemmän asiakkaita (9,0/1000 asu- kasta) kuin koko maassa (8,2). Erikoissairaan- hoidon avohoidossa on päihteiden vuoksi hieman vähemmän potilaita (5,0/ 1 000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Päihdehuollon erityis- palveluiden rooli korostuu ympärivuorokautisissa palveluissa. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähemmän potilaita (2,2/1000 asukasta) kuin maassa

keskimäärin (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on lähes kaksi kertaa enemmän asiakkaita (4,6/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4) ja päihdehuollon asumispalveluissa on enemmän asiakkaita (2,1/1000 asukasta) kuin koko maassa (1,1). Sekä päihdehuollon laitos- että asumispalveluiden osalta Kymenlaakson alueen luvut ovat korkeampia kuin muilla alueilla.

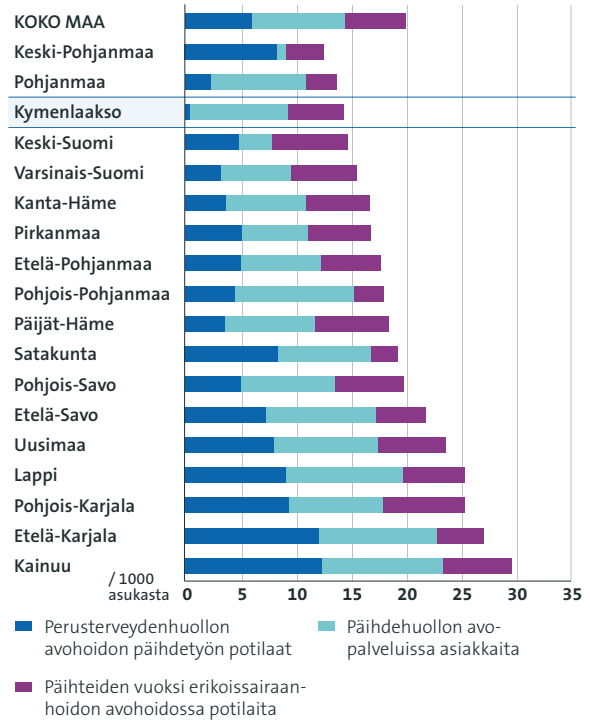
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) enemmän (3 816/ 100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 57,1 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Kymenlaakson alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on enemmän (11,4 %) oppilaita kuin koko maassa (10,2 %)

Alueen aikuisväestön päivittäinen tupakointi ja alkoholin riskikäyttö on runsaampaa kuin maassa keskimäärin ja huumeiden pistokäyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja on eniten koko maassa. Kannabiksen käyttäjien osuus on matalampi kuin maassa keskimäärin. Perusterveydenhuollon avohoidon päihdetyön potilaiden määrä on koko maan matalin ja päihdehuollon avopalveluja käytetään enemmän kuin maassa keskimäärin. Päihdehuollon laitos- ja asumispalveluita käytetään eniten koko maassa. Pienituloisimpien alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia on keskimääräistä enemmän. Palveluiden kehittämisessä on kiinnitettävä huomiota perusterveydenhuollon päihdetyön, huumeita pistämällä käyttävien, nuorten ja syrjäytymisriskissä olevien tarpeenmukaisiin palveluihin. Ehkäisevän päihdetyön toimeenpanosta vastaavia toimielimiä on nimetty yli puolessa alueen kunnista.

Kuvio 7

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoido

Väestön tarve palveluille on sairastavuus- ja kansantauti-indeksien valossa maakuntien keskikastia. Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalahoitoa tarvitaan keskimääräistä vähemmän, mutta syöpään sairastutaan useammin kuin muissa maakunnissa (syöpäindeksi 125,8 eli maan korkein).

Kymenlaakso on maakunta, jonka väestö on keskittynyt kahteen kaupunkiin ja erikoissairaanhoidon tuotantokin on jakautunut Kotkaan keskussairaalaan ja Kouvolan Pohjois-Kymen sairaalaan (erikoislääkärijohtoinen terveyskeskussairaala). Vuodeosastohoidon hoitopäivien ja -jaksojen määrä on maan keskitasoa ja jaksojen kesto on sama kuin koko maassa keskimäärin (3,3 vrk). Maltillinen osastohoidon ja kohtalainen avohoitokäyntien käyttö (1,7 asukasta kohti, koko maa 1,5) näkyy myös somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksissä, joka on 100,8. Toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä on vertailussa maan keskikastia (79,2 / 1000 asukasta). Päivystysleikkausten osuus on maltillinen (21,3 %) ja päiväkirurgisten toimenpiteiden potilaiden määrä kaikista toimenpiteistä ylimässä tertiilissä (53,3 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 1353, ja näistä sektioita oli 14,8 %, eli alle maan keskitason. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia ja pallolaajennuksia tehdään vähemmän kuin koko maassa keskimäärin eli kuvauksia 4,66 / 1000 asukasta (koko maa 6,5) ja laajennuksia 2,08 / 1000 asukasta (koko maa 2,8).

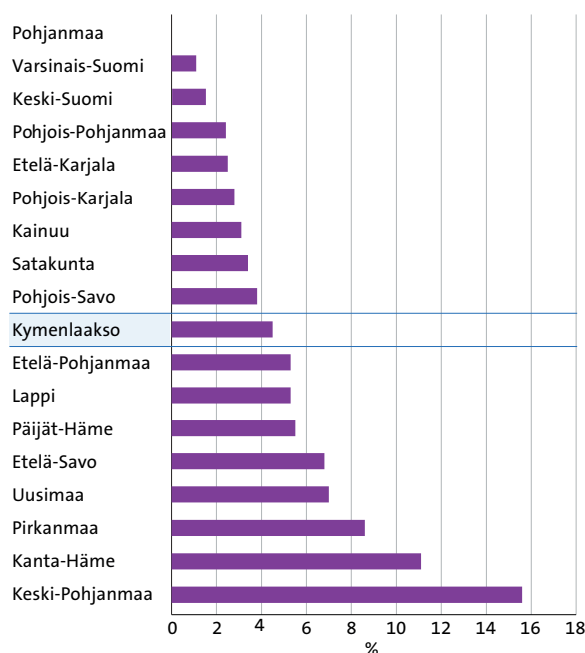
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Kymenlaaksossa päivystyskäyntien määrä on alle maan keskitason (124 / 1000 asukasta, koko maa 185). Hoitojaksot alkavat noin puolessa tapauksista (47,6 %) suunnittelemtomina, tosin tämä on maassamme tavallista (koko maa 47 %). Merkittävä osa potilaista saapuu hoitoon ilman asianmukaista lähetettä (35,3 %, koko maa 23,9 %). Erikoissairaanhoidon odottavien määrä on maakunnassa alle keskitason eli 16,4 / 1000 asukasta (koko maassa vastaavasti 20,3). Odotusaika hoitoon on silti yksi pisimmistä, 51 vuorokautta (koko maa 46 vrk, vaihteluväli 31–63 vrk). Kaihileikkauksen odotusaika on maan pisin, 107 vuorokautta (koko maa 75 vrk) eikä tekonivelleikkauksiinkaan pääse odottamatta enemmän kuin maassa yleensä (80 vrk, koko maa 75 vrk).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat 1221 euroa asukasta kohden, eli maan korkeimpia (koko maa 1139, vaihteluväli 859–1347 euroa). Kustannusindeksi on kuitenkin vain 94,9. Toimintakuluista kuluu henkilöstöön 38,7 % eli selvästi alle maan keskimääräisen tason (52,3 %), mutta ostopalveluihin enemmän eli 42,9 % (koko maa 30,8 %). Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Kymenlaakso on alle maan keskitason (1,68 sairaansijaa / 1 000 asukasta, koko maa 2,2). Henkilötyövuosien määrä on myös alle keskitason eli 6,65 htv / 1000 asukasta (koko maa vastaavasti 11,8), myös lääkäreillä (0,68 lääkärihtv / 1000 asukasta, vastaava lukema koko maassa 1,34).

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat hyväksyttäviä: lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 4,5 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 6,6 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 12,3 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremoiden määrä / 1000 hoitopäivää on maan suurimpia (0,34). Tämän kohdalla tarkastelua rajoittaa vertailutiedon puutteellinen määrä.

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

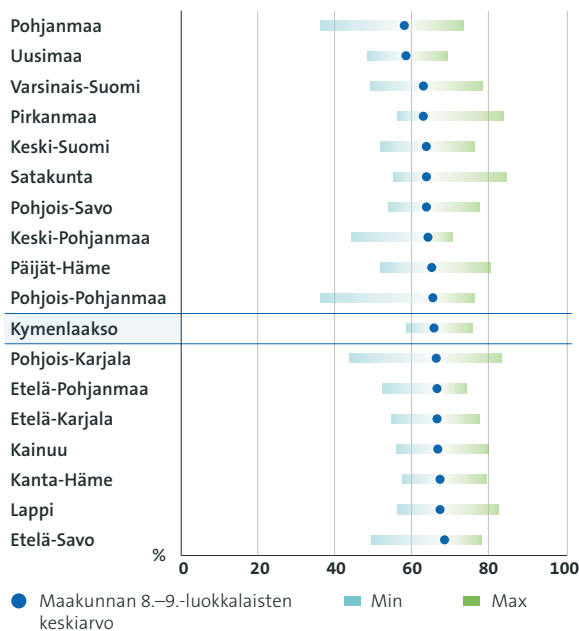
Valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, on huomioitu Kymenlaaksossa erittäin hyvin. Sen sijaan arvioitujen indikaattorien valossa palveluiden asiakaslähtöisyydessä on vielä kehitettävää. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Sekä äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon toteuttaminen vastaa Kymenlaaksossa maan keskitasoa. Myös lastensuojelun tilanne vastaa maan keskitasoa.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Kymenlaakson kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Mikäli laajojen terveystarkastusten toteutuminen tarkastellaan potilastietomerkintöjen kautta 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisten tilanne Kymenlaaksossa näyttää kuitenkin huonolta (vain 23 % 4 kk:n ikäisistä ja 27 % 4-vuotiailla). Tilanne voi osin selittyä alueella käytössä olevien asiakastietojärjestelmien ominaisuuksilla ja kirjaamisen puutteilla.

Lastenneuvolan asiakastytyväisyyskyselyn perusteella asiakkaat ovat tyytyväisiä neuvolapalveluihin Kymenlaakson alueella. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastaa hyvin ja lääkärin määrä kohtalaisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Arvioiduista palveluista suun terveystarkastus ensisynnyttäjälle järjestetään Kymenlaaksossa huonosti, rokotekattavuus on kohtalaista tasoa ja isyyden tunnustamisista kohtalainen osuus on tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä oli perheitä selvästi enemmän kuin koko maassa. Myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat Kymenlaaksossa korkeammat kuin koko maassa keskimäärin.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Kymenlaakson maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto toteutuvat säädösten mukaisesti. Kaikki maakunnan terveyskeskukset (100 %) ovat sisällyttäneet toimintasuunnitelmiinsa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Tarkastukset toteutuivat myös laadukkaasti. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi laajaan tarkastukseen 74 prosentissa maakunnan kouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat maan keskiarvon tasoa. 4.–5. luokan oppilaista 48 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 62 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen laadukkaasti omasta näkökulmastaan.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on kuitenkin vielä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Ainoastaan 13 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuksi Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).

Kymenlaaksossa koululääkäreiden henkilöstömitoitut oli maan neljänneksi paras. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 1,2-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Hyvä henkilöstöresurssi lieene osaltaan mahdollistanut toiminnan laadukkuuden sekä tukenut hyvän opettajayhteistyön syntymistä laajojen terveystarkastusten ympärille.

8. ja 9. luokan oppilaista 37 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on samaa luokkaa kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Kymenlaakson kaikkien terveystarkastusten (100 %) suunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana kaikille lukioiden ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille. Lakisääteisydestä huolimatta näin ei kirjata suunnitelmiin kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli on lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 99 prosenttia oli Kymenlaaksossa valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui lähes aina. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä oli hiukan keskitasoa korkeampi muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (54/100) oli muihin maakuntiin nähden keskitason yläpuolella, huomioitavaa on kuitenkin, että laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä olevien perheiden määrä oli keskitasoa. Myös kiireellisiä sijoituksia oli keskimääräisesti. Huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli keskitasoa korkeampi. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa, mutta perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin verrattuna hiukan korkeammat, myötäillen huostassa olleiden suurempaa määrää.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Kymenlaaksossa jonkun verran enemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Kymenlaaksossa nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi viikossa.

Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Kymenlaaksossa tyytymättömmämpiä kuin muualla Suomessa.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Kymenlaakson alueella rakennetyöttömyyden aste on maakunnallisista alueista toiseksi korkein (8 %) ja maan keskimääräistä lukua (6,2 %) selvästi korkeampi. Lisäksi työttömien aktivointiaste (30,5 %) on keskimääräistä (31,6 %) matalampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (13,1 %) on korkeampi kuin kansallisesti keskimäärin (11,6 %). Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 13,8 prosentilla työttömäksi jääneistä, mikä on varsin selvästi kansallista keskitasoa (11,9 %) enemmän. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Kymenlaakson alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 17 464 704 euroa, mikä on 2252 euroa kutakin Kymenlaakson alueen pitkäaikaistyötöntä kohden ja maakunnallisista alueista kolmanneksi eniten (maan keskiarvo 1978 euroa).

Kymenlaaksossa korkea rakennetyöttömyys, pitkittävät työttömyysjaksot ja matalahko aktivointiaste asettavat haasteita palvelujärjestelmälle, mistä kertoo myös Kymenlaakson alueen osarahoittaman työmarkkinatuen korkea määrä. Kuntouttavan työtoiminnan palveluja on kuitenkin ollut melko hyvin saatavilla.

Asunnottomia on Kymenlaakson alueella 0,6 promillea väestöstä, mikä on vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (1,2 %) mutta mediaania enemmän (0,3 %). Toimeentulotukea myönnettiin 134 euroa asukasta kohden, mikä vastaa maan keskitasoa (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden 25–64-vuotiaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 2,8 prosenttia, mikä on Päijät-Hämeen alueen kanssa maakunnista toiseksi korkein luku (maan keskiarvo 2,4 %). Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 5,5 prosenttia, mikä on maakunnallisista alueista eniten ja selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin

vuonna 2016 keskimäärin 524 euroa tukea saanutta asukasta kohden ja ehkäisevää toimeentulotukea 638 euroa tukea saanutta asukasta kohden, kansallisesti vertaillen toiseksi eniten. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Kymenlaakson alueella toimeentulotukiasiakkuudet pitkittyvät. Pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavien nuorten määrä saattaa viitata tarpeeseen kehittää nuorille aikuisille suunnattuja palveluja. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Erityisesti ehkäisevää tukea on sosiaalityössä myös hyödynnetty.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa 79,8 prosenttia vastaajista katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Kymenlaaksossa vastaava luku oli 80,6 prosenttia. Luku on lähellä kansallista keskiarvoa, mutta silti joka viidennellä kyselyyn vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Kymenlaaksossa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisasetuuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Kymenlaakson maakunnassa seuraavat: vammaisasetuuksien piirissä oli 56 (55,9) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 46 (46,4). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisasetuuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisasetuusia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisasetuusia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Kymenlaaksossa 410. Asia-

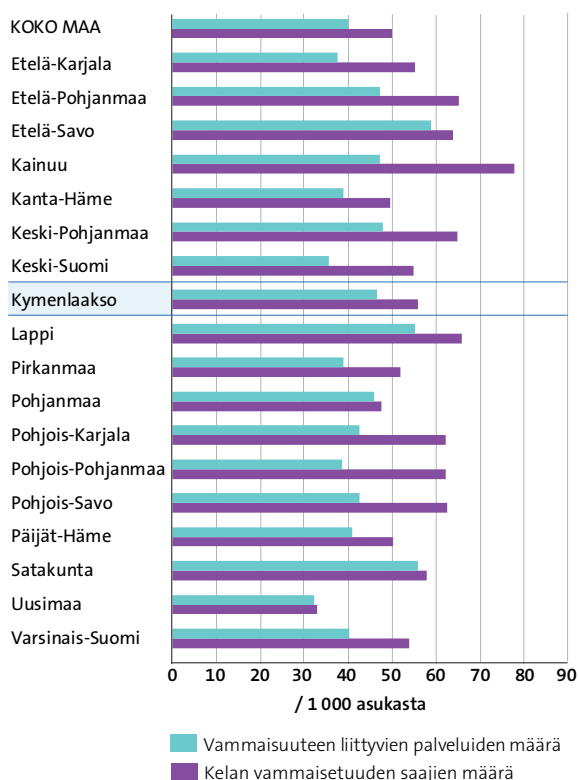
kasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökoh- taista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisen palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Kymenlaaksossa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1887. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Kymenlaaksossa sai 100 000 asukasta kohden 155 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Kymenlaaksossa vastaava luku oli 110 euroa, joka oli 60 euroa pienempi kuin suurin euromäärä (170 euroa / asukas). Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisasetuusia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Kymenlaaksossa maan keskitasoa hieman parempi. 75 vuotta täyttäneistä 22 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa, (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seurantaa ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Kymenlaaksossa muuta maata parempi. Kymenlaaksossa rokottamattomia on 45 prosenttia, koko maassa 53.

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Kymenlaaksossa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 10 prosenttia ja miehistä 8 prosenttia. Kattavuus on siten hieman maan keskitasoa vähäisempää. Asiakas saa Kymenlaaksossa keskimäärin 13 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskitasoa. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Kymenlaaksossa 28 prosenttia. Lähes kaikilla Kymenlaakson kotihoidon asiakkailla (92 %) on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa vastaava luku on keskimäärin 78.

Muistisairaat ovat suurin iäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Kymenlaakson säännöllisistä kotihoidon asiakkaista vain 15 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskivertoa huonompi. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Kymenlaaksossa kattavuus oli 4,6 prosenttia, ja omaishoidossa olevista 33 prosenttia sai kotihoidon tukipalveluita, mikä on maan keskiarvoa enemmän.

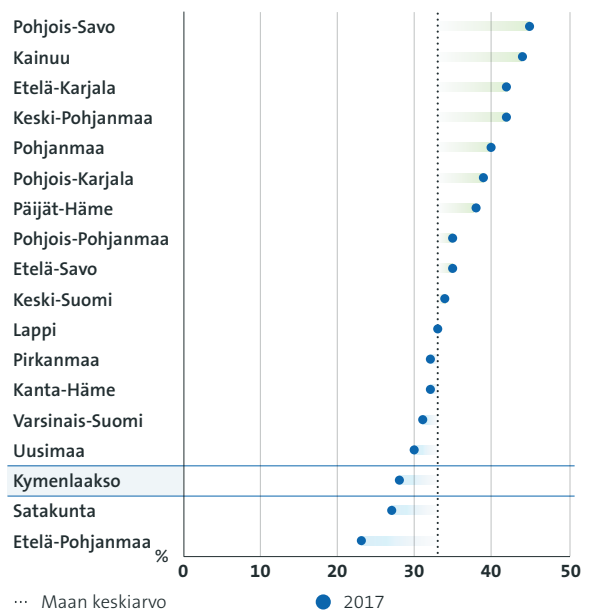
Koko maassa iäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Kymenlaaksossa iäkkäiden palveluiden menoista 28 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Kotihoidon kustannusrasite on Kymenlaaksossa hieman muuta maata raskaampi. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Kymenlaaksossa 207, koko maassa 172 euroa.

Kotihoidon työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Kymenlaaksossa sairaanhoitajia (15 %) on keskimäärin enemmän kuin koko maassa (13 %), ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on koko maan keskitason yläpuolella (43 % vs 37 %). Sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa vaikuttaa siten olevan muuta maata parempi. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Kymenlaaksossa vain 23 prosenttia kotihoidon toimintayksiköistä tekee systemaattisesti asiakkaalleen kuntoutussuunnitelman. Tämä on selvästi alle maan keskitason. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on Kymenlaaksossa maakunnista toiseksi heikointa. Asiakkaista vain 20 prosenttia saa palvelunsa toimintayksiköstä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Kymenlaakso kerää kaikilta asiakkailta palautteen ja on paras maakunta asiakaspalautteen kerääjänä, (vrt. koko maassa 76 %).

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Kymenlaakso kuuluu maakuntiin, joissa iäkkäiden palvelujen menoista on vähiten käytetty kotihoidon palveluihin. Palvelurakenne vaikuttaa laitospainotteiselta ja muutos kotihoitopainotteiseksi on edennyt hitaamaisesti. Kotihoidon kattavuus ja intensiivisen kotihoidon tarjonta on muuta maata vähäisempää. Sen sijaan lähes kaikilla kotihoidon asiakkaila on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa. Kymenlaaksossa omaishoidon tuen kattavuus on lähes valtakunnan tasolla, ja omaishoidossa olevilla on paremmat mahdollisuudet saada kotihoidon tukipalveluita kuin maassa keskimäärin.

Kymenlaakson kotihoidossa sairaanhoitajia on keskimäärin enemmän kuin koko maassa, ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonais-

työajasta on maan keskitason yläpuolella. Sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa vaikuttaa siten olevan muuta maata parempi. Kehittämiskohteita löytyy henkilöstön kivunhoidon osaamisessa, joka on maakunnista toiseksi heikointa. Myös asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kymenlaakson kotihoidon toimenpiteistä vajaa neljännes tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Myös muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on syytä panostaa. Asiakaspalautteen keräämisessä Kymenlaakso on paras maakunta.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitoonpääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Kymenlaakson alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy on hyvällä tasolla: viikon sisällä yli 60 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on eniten maakunnista – asiaan on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Sosiaalipalvelujen saavutettavuus on kohtalaisella tasolla, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Kymenlaaksossa

	Perusterveydenhuollon hoitoonpääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääke-

tieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitos-rokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltal ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneiteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Kymenlaaksossa noin joka viidennelle määrättä-mätöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle poti-

laalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Tekonivelen uusintaleikkauksien määrät olivat selvästi maan keskiarvoa pienemmät. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan pienin yhdessä Päijät-Hämeen ja Pohjanmaan kanssa. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 94,8 prosenttia. Rokotus-sarja oli aloitettu 98,9 prosentille lapsista, ja maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotus-sarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittä-mättömästi, vain noin puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli jonkin verran heikompi kuin maakunnissa keskimäärin.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Kymenlaaksossa

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystieinfektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusinta-leikkausten määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakas-suunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys-sairaaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet, resurssit ja vastuut. Erikseen

tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Kymenlaaksossa asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan yleisesti hyvänä. Vertailutietoa sen sijaan ei ollut hyvin saatavilla, joskin jonkin verran paremmin kuin koko maassa keskimäärin. Terveydenhuollon palveluprosessit toteutuivat Kymenlaaksossa asuvien mukaan sujuvasti kohtalaisen usein. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomioitu Kymenlaaksossa koko Suomen keskitasoa huonommin. Lisäksi 40 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Kymenlaakson kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakslähtöisyys Kymenlaaksossa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammais- ja työttömien palveluiden saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammais- ja työttömien palveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävyydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saatavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäntäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Kymenlaakson kunnissa suunnitelmien laadinta yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on vasta aluillaan. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoitujen kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Kymenlaaksossa keskitasoa pienempi. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista).

Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Etenkin koulutusryhmien välillä oli pienet erot, ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot olivat keskitasoa. Kymenlaaksossa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita lisäävät suuri rakennetyöttömyys sekä koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten ja muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien suuri osuus.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Kymenlaaksossa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvo-suunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutusryhmien välillä terveyskeskus- lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloiden tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysseja 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuraintaindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Kymenlaakson maakuntaliiton sivut <http://www.uusikymenlaakso.fi/>

Carean sivut <http://www.carea.fi/fi>

Sote- ja maakuntauudistus. Esivalmistelusuunnitelma 2.0 ”luonnos 18.10.” Pidentynyt esivalmisteluvaihe 1.7.2017–31.5.2018.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-054-9 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-054-9>

www.thl.fi/julkaisut